

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1908, à 1 heure

PAR

Lucien AUCLERT

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

ARTHROPATHIES SYPHILITIKES

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur
Juges { MM. CHANTEMESSE, professeur
 THOINOT, professeur
 JEANSELMÉ, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

81

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1908, à 1 heure

PAR

Lucien AUCLERT

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

ARTHROPATHIES SYPHILITIKES

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur
Juges { MM. CHANTEMESSE, professeur
 THOINOT, professeur
 JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

—
1908



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLEST
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANCON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LCEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Arthropathies Syphilitiques

INTRODUCTION

Les arthropathies syphilitiques sont bien connues aujourd'hui et admises par tous depuis le Mémoire de Richet et les nombreux travaux qui l'ont suivi.

C'est une affection qui si l'on considère les formes légères (arthralgie) est fréquente, beaucoup plus fréquente même qu'on ne le croit, mais les formes sévères sont relativement plus rares. Ayant eu la bonne fortune d'en observer trois cas, l'un en période secondaire, l'autre en période tertiaire, et le troisième chez un enfant hérédo-syphilitique, ce sont les réflexions que nous a inspirées l'étude attentive de ces malades qui forment le sujet de ce travail, réflexions portant sur certaines particularités de la symptomatologie, sur la difficulté du diagnostic et sur certains points particuliers du traitement.

HISTORIQUE

L'étude des arthropathies syphilitiques n'a commencé qu'avec le Mémoire de Richet en 1853 sur les tumeurs blanches. Mais déjà auparavant on savait que la syphilis pouvait produire des troubles du côté des articulations.

La première allusion qui soit faite de ces phénomènes se trouve dans une lettre que Pierre Martyr, qui vivait à la Cour d'Espagne, écrivait à son ami Arias Barbosa en 1488.

« Tu m'apprends que tu es affecté d'une maladie particulière appelée *bubas* par les Espagnols, *gallico* par les Italiens, *elephantiasis* par quelques médecins et de diverses manières par d'autres ; tu décris avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, *la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments les douleurs atroces des articulations* et enfin les ulcères et la fétidité de ton haleine. »

Puis Nicolas Massa, Sabellicus et Paracelse insistent sur les douleurs nocturnes.

En 1574, Levinus Lennius dit que nul vérolé n'est exempt de douleurs articulaires et il insiste sur ce fait que toutes les douleurs articulaires ne sont pas

d'origine syphilitique et qu'il convient de les différencier : *Omnes ficosi articulari morbo laborant ; at non omnes podagrici morbi gallici labe affecti sunt.*

Ambroise Paré en 1561 dit. « Les malades avaient aussi des *douleurs aux jointures*, teste, épaules et autres parties, avec une lassitude des bras et des jambes de façon que les malades disent qu'il leur semble avoir été battus de bastons, ne pouvant porter leurs mains sur leur tête, sinon avec grande difficulté. » C'est l'arthralgie et la courbature syphilitique.

Della Croce en 1583, dans sa *Cirurgia universale et perfecta* écrit un chapitre : *della dolori articolari nati del male francese* : « Ces douleurs tourmentent tantôt la tête tout entière, tantôt un côté seulement, tantôt les articulations et cela de deux façons, soit avec tuméfaction, soit sans lésion apparente. »

F. Swediaur dans la 6^e édition (1809) de son *Traité complet sur les symptômes, les effets la nature et le traitement des maladies syphilitiques*, insiste sur l'exacerbation nocturne des douleurs bien que ce ne soit pas un signe pathognomonique. « Toutes les douleurs syphilitiques augmentent et deviennent en général très violentes pendant la nuit principalement quand le malade commence à être échauffé dans le lit. Mais quoique plusieurs auteurs aient indiqué ce symptôme comme un signe caractéristique pour distinguer les douleurs syphilitiques des autres, il n'en n'est pas toujours ainsi ; et de l'autre côté il y a des douleurs rhumatismales, des douleurs produites à la

suite de la colique causée par le plomb et autres douleurs qui augmentent quelquefois également au lit pendant la nuit. »

Il insiste aussi sur la nécessité de soumettre les malades à un traitement prolongé si l'on veut avoir raison de leurs douleurs :

« Si les douleurs proviennent d'une vérole, l'usage du mercure uni selon les circonstances aux décoctions sudorifiques et aux bains chauds, sera nécessaire pour compléter la cure, quoique les malades soient souvent d'une opinion contraire qu'ils fondent sur la longueur du temps et sur la quantité de mercure qu'ils ont déjà prise ; au lieu que si le virus syphilitique n'est pas en cause, l'usage du mercure devient évidemment nuisible. »

Hunter, dans son *Traité des maladies vénériennes*, 1787, sans nier complètement les arthropathies syphilitiques met leur existence en doute.

Et leur étude fut abandonnée jusqu'en 1853 où parut le mémoire de Richet sur les tumeurs blanches dans lequel il rapporte trois observations originales d'arthropathies syphilitiques, simulant la tumeur blanche tuberculeuse.

Ses conclusions furent vivement attaquées, Ricord nia les arthropathies syphilitiques. « Jamais, dit-il, je n'ai vu la syphilis attaquer les articulations. » Il n'admit qu'un hybride scrofuleux de vérole pouvant donner lieu chez des sujets scrofuleux à des affections analogues à des tumeurs blanches.

Mais bientôt les observations parurent de plus en

plus nombreuses : Lancereaux en 1863, Verneuil en 1868, Gerin Roze en 1869, en publièrent des cas.

En 1869, Roch en fit le sujet de sa thèse inaugurale.

En 1875, Lancereaux publia un deuxième mémoire où il relata un cas complet avec autopsie.

Puis les travaux se multiplièrent.

En 1875, à Paris, quatre thèses parurent sur ce sujet : ce sont celles de Deuzat, Ingold, Voisin et Vaffier, la dernière relative aux accidents rhumatoïdes en Chine et au Japon, où dit l'auteur, le rhumatisme syphilitique existe presque toujours à la période secondaire.

En 1878, Bouilly en fit le sujet de sa thèse d'agrégation. Gaucher indiqua en 1879 les lésions des épiphyses et montra que ces lésions sont primitives et retentissent ensuite sur l'articulation voisine. En 1882 Mericamp ayant fait une deuxième autopsie fit un travail d'ensemble sur le sujet.

A l'étranger Howard, Hutchinson, étudièrent dans leurs mémoires les arthropathies et les ostéopathies syphilitiques.

Falkson, Landerer, Schuller, Volkmann, Giès et Krowczynski, Ambroisi publièrent des observations. Finger en 1884 fit sur ce sujet un travail de grande valeur.

Gangolphe en 1885 étudia l'anatomie pathologique de ces arthropathies. Puis vinrent les leçons cliniques de Fournier qui en 1887 créa le terme de pseudo-rhumatisme syphilitique, et l'article de Kir-

misson et Jacobson sur les arthrites de la syphilis héréditaire.

En 1890, Mauriac en fit l'étude dans son *Traité des maladies vénériennes*.

Enfin en 1901, Morestin publie à ce sujet un travail d'ensemble dans les *Archives générales de la Médecine* et en 1905, Fouquet dans sa thèse fait un résumé de la question.

Depuis Gaucher a publié des observations sur les ostéo-arthrites de la syphilis héréditaire et Gaillard sur le pseudo-rhumatisme syphilitique.

Griffon avec Abrami et Déhéran a étudié l'épanchement des hydarthroses syphilitiques au point de vue cytologique et Marfan les suppurations articulaires de la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

De nombreux auteurs ont publié des observations : Ferridlay et Riddel, Moutet, Oberwarth, Pechin, Achurst, Bertin, Etcherbakov, Frauenthal, Harttung, Weisz-Zichen, Bosse, Freiberg (1906).

Sterling, Dominici, Waiman, Hulbard, Sulge, Barth, Meyer, Queyrat (1907).

Aujourd'hui il semble que la question soit bien mise au point et nous croyons le moment venu pour préciser quelques particularités que nous a enseignées l'étude des trois maladies que nous avons observés et dont nous donnons l'histoire dans notre thèse.

DIVISION

Les arthropathies peuvent apparaître à une période quelconque au cours de la syphilis, cependant elles sont rares à la période primaire et dans ce cas revêtent la forme d'arthralgies analogues à celles de la période secondaire. Aussi les étudierons-nous en les divisant en :

Arthropathies de la période secondaire.

Arthropathies de la période tertiaire.

Arthropathies hérédo-syphilitiques.

Arthropathies de la syphilis secondaire

Les arthropathies de la période secondaire sont assez fréquentes et l'hydarthrose doit être plus fréquente qu'on ne le croit. « J'ai la conviction, disait Richet, que bon nombre d'hydarthroses chroniques rebelles à toute espèce de traitement ne sont pas autre chose que des synovites syphilitiques. »

Le professeur Fournier divise la syphilis articulaire secondaire en :

1° Arthralgie ;

2° Hydarthrose ;

3° Arthropathie pseudo-rhumatismale.

Les formes cliniques ne sont d'ailleurs pas aussi nettement tranchées qu'en nosologie, les symptômes se combinent entre eux pour donner des formes mixtes constituant ce que Fournier a nommé le pseudo-rhumatisme syphilitique.

ARTHRALGIE

Fréquence. — L'arthralgie est la forme de beaucoup la plus fréquente des trois. Elle s'observe dit Voisin une fois sur quinze syphilitiques. Elle serait plus fréquente en Chine et au Japon où d'après Vaffier le rhumatisme syphilitique existe presque constamment à la période secondaire.

Siège. — Les arthralgies siègent surtout dans les grandes articulations. L'épaule vient en première ligne, puis le genou, le coude, le poignet et le cou-de-pied.

Symptômes. — Le seul symptôme c'est la douleur articulaire ; en effet si l'on examine l'articulation on voit qu'elle est absolument intacte : il n'y a pas de modifications de la peau ; il n'y a non plus ni épanchement articulaire ni craquement.

La douleur est spontanée : elle n'existe pas à la pression ou du moins pas aussi intense que la douleur spontanée ; les os ne sont pas douloureux.

Elle est le plus souvent nocturne avec ce carac-

tère bien particulier d'augmenter par le repos et de se dissiper par l'exercice. En effet les malades disent souvent qu'ils souffrent surtout le matin au réveil ; mais par l'exercice leurs jointures semblent se dérouiller, les douleurs diminuent et finissent par disparaître dans la journée pour réapparaître le soir à heure fixe alors que le malade est encore levé.

Diagnostic. — Le diagnostic est ordinairement facilité par la présence d'accidents secondaires en pleine évolution ; l'arthralgie est en effet à peu près contemporaine de la roséole ; parfois cependant elle est plus précoce, coëxistant avec le chancre et on a même cité des cas où elle était apparue avant le chancre.

On ne les confondra pas avec les ostéoalgies, avec les douleurs musculaires et avec la courbature syphilitique dans laquelle le malade localise beaucoup moins nettement ses douleurs, diagnostic d'ailleurs de peu d'importance puisque le traitement est le même.

La durée de ces arthralgies est très variable. Elles persistent assez longtemps, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Mais par le traitement elles disparaissent facilement, elles sont très accessibles à l'action du mercure.

OBSERVATION I

(Thèse de Vaffier, 1875)

B... Céline, entre le 30 janvier 1875. Elle présente à ce moment des syphilides papulo-érosives des plis génito-cruraux, du périnée et de l'anus. Quelques troubles généraux, insomnie, anorexie, douleurs vagues, alopecie.

Le 1^{er} février apparaissent des douleurs articulaires dans les genoux, douleurs très vives dans les mouvements. La pression de la rotule, des ligaments, du fémur, est un peu douloureuse. Il apparaît aussi une douleur vive dans le poignet droit empêchant la malade de serrer. La malade est mise immédiatement au traitement et sort guérie le 14 février 1875.

HYDARTHROSE

Fréquence. — L'hydarthrose est beaucoup plus rare que l'arthralgie. Sur vingt-sept manifestations articulaires à la période secondaire on ne note que quatre hydarthroses.

Apparition. — Sa date d'apparition est très variable, elle peut s'observer dans tout le cours de la période secondaire, cependant le plus souvent elle apparaît vers la fin, en même temps que l'orchi-épidymite et l'iritis (Jullien).

D'ailleurs, il est difficile de connaître exactement la date de son début et sa fréquence, car à cause de son indolence elle n'attire pas l'attention et elle est souvent méconnue.

Siège. — Le siège d'élection est le genou. Elle affecte parfois les deux genoux.

Symptômes. — Son début est lent et insidieux, il est précédé parfois de légères douleurs ou d'une certaine gêne articulaire, mais bientôt elle devient indolente et reste telle jusqu'à sa terminaison, de sorte que souvent c'est par hasard, en examinant complètement le malade qu'on la découvre.

Ces hydarthroses peuvent disparaître spontanément ou sous l'influence du traitement d'une façon rapide en cinq à quinze jours, mais un de leurs caractères particuliers, c'est la facilité et la fréquence avec lesquelles elles se reproduisent après la guérison.

OBSERVATION II

(Thèse de Plateau, p. 40.)

Il s'agit d'un homme qui eut, quatre ans auparavant, un chancre, puis des boutons sur le corps, des maux de gorge, céphalée, alopécie.

Il entre le 8 juillet 1872 avec une exostose de la clavicule, exostose absolument indolore. En l'examinant, on découvre une hydarthrose du genou droit sur laquelle le malade n'attirait pas l'attention, car il n'en souffrait pas, et qui daterait de deux ans.

Le malade est traité par l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes.

19 juillet. — Le genou a beaucoup diminué.

12 août. — Il est revenu à des dimensions presque normales, l'articulation ne présente pas de craquements et le malade peut sortir guéri.

OBSERVATION III

(Griffon et Deherain.)

Pseudo-rhumatisme syphilitique. — Hydarthrose volumineuse. — Etude cytologique et expérimentale de l'épanchement.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui a une syphilis datant de deux ans.

Six semaines après le chancre, il eut une polyarthrite généralisée qui céda en quelques jours au traitement. Au poignet et au genou droits qui avaient été autrefois le siège de traumatismes sérieux, les phénomènes régressèrent moins rapidement. Le poignet se dégagea après quelque temps, mais un épanchement considérable distendit le genou droit. Le malade fut traité par la liqueur de Van Swieten, puis par les injections de calomel.

Le genou fut ponctionné. On retira un liquide citrin dont la formule cytologique est la suivante.

Polynucléaires : 62.

Lymphocytes : 22.

Mononucléaires : 16.

Quelques globules rouges.

Abondants macrophages.

Deux inoculations à des cobayes n'en n'amenèrent pas la tuberculisation. L'arthropathie a guéri à la suite de la ponction. La formule cytologique est donc toute différente de celle des épanchements tuberculeux. Au début, c'est surtout une formule de polynucléaires ; plus tard c'est une formule lymphocytaire.

ARTHROPATHIES PSEUDO-RHUMATISMALES

Cette forme est une des plus rares, mais c'est une des plus intéressantes à cause des difficultés que soulève son diagnostic avec le rhumatisme articulaire aigu.

Début. — En général, elle est précoce, contemporaine de la roséole.

Symptômes. — Une jointure, plusieurs parfois deviennent rapidement douloureuses ; il peut y avoir auparavant des phénomènes généraux : courbature, fièvre, insomnie. La douleur existe spontanément, elle est exagérée par le palper et les mouvements, mais le plus souvent elle est moindre que dans le rhumatisme articulaire aigu franc.

A l'examen on constate que les articulations douloureuses sont tuméfiées, mais en général modérément. Il n'y a, d'après les classiques, que peu de modifications de la peau, si ce n'est qu'une légère

teinte rosée sans développement du réseau veineux.

Cependant, dans le cas que nous avons observé, les articulations étaient le siège de phénomènes pseudo-phlegmoneux : la peau était luisante, les articulations très augmentées de volume ; il y avait de l'empâtement et de l'augmentation de la température locale au point que le diagnostic primitif fut celui de rhumatisme articulaire aigu franc.

Cette fluxion rhumatoïde de la syphilis secondaire se limite ordinairement à une seule articulation ; cependant, parfois elle s'étend à deux ou trois, mais le plus souvent elle ne se généralise pas comme dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les articulations le plus souvent atteintes sont le genou, puis le coude et le poignet.

Evolution. — Ces arthropathies sont en général passagères comme tous les accidents articulaires de la période secondaire. Elles disparaissent parfois spontanément. Sous l'influence du traitement elles guérissent très rapidement. Cependant, quand elles ne sont pas traitées, elles peuvent parfois laisser à leur suite des lésions d'arthrite sèche avec des craquements articulaires.

OBSERVATION IV (Weil)

Eugénie V..., âgée de dix-huit ans et demi, entre à Saint-Lazare le 19 mars 1907, pour une ulcération du col.

L'examen des téguments ne révèle aucune lésion. On ne trouve ni tache, ni éruption, ni pigmentation.

La muqueuse buccale et les amygdales sont saines également.

Aucune érosion sur les organes génitaux externes. Léger degré de cystocèle. La malade a eu une petite fille à l'âge de dix-huit ans.

L'examen du col permet de constater une ulcération située à la commissure gauche, ulcération plate, peu profonde, régulière, saignant au moindre contact, difficile à examiner, car la malade a ses règles.

24 mars. — On constate qu'il s'agit d'une exulcération plate à fond rouge, saignant moins facilement que lors de l'entrée de la malade. Il existe un petit îlot épidermique blanchâtre à la partie supérieure de la lésion qui est complètement indolore. Il n'existe aucun retentissement ganglionnaire.

La lésion excentrique, par rapport au col utérin, ne semble pas infiltrée, mais le diagnostic probable est celui de chancre syphilitique, à cause du peu de profondeur de la lésion, du facile suintement sanguin, et de l'aspect objectif de l'ulcération.

La malade n'est cependant soumise qu'au seul traitement local, consistant dans la désinfection du vagin et des attouchements quotidiens de la lésion au crayon de nitrate d'argent.

9 avril. — La lésion n'est pas encore cicatrisée. On aperçoit une surface rouge luisante, un peu excavée et qu'un frottement rude fait saigner.

Il n'y a ni adénopathie, ni induration appréciable.

On ne constate pas de roséole, mais la peau paraît marbrée.

15 avril. — Le chancre est presque complètement cicatrisé. Il ne persiste qu'un point rouge et saignant gros comme une vésicule d'herpès.

29 avril. — La lésion ne saigne pas, mais ses bords sont extrêmement nets, avec un liséré rouge. Le fond est jaunâtre.

Il existe en outre deux éléments de folliculite : l'un sur l'extrémité inférieure de la grande lèvre gauche est légèrement ulcéreux. L'autre siège près du pubis.

4 mai. — La lésion, de coloration rouge vermillon, n'est pas cicatrisée. Les éléments de folliculite persistent.

9 mai. — La malade est courbaturée et garde le lit depuis la veille, elle a de la fièvre (39°) et de l'insomnie. Elle se plaint de maux de gorge. L'examen permet de constater que les amygdales sont rouges et gonflées. La langue est blanche et sèche.

La respiration est pénible ; l'auscultation fait entendre aux bases des râles sibilants et ronflants. Le cœur est normal.

L'articulation du genou gauche est douloureuse à la pression. Les mouvements actifs arrachent des cris à la malade. Les mouvements passifs sont possibles, mais pénibles. Les articulations du coude sont également le siège de douleurs.

On prescrit le salicylate de soude pendant trois jours aux doses successives de 4, 5 et 6 grammes. Localement, on fait des applications d'une pommade à base de salicylate de méthyle.

10 mai. — L'état est stationnaire. La température est de 38°5 le matin et 39°3 le soir.

11 mai. — Les articulations douloureuses sont le siège de phénomènes pseudo-phlegmoneux. La palpation arrache des cris à la malade qui est incapable de quitter son lit. Ces articulations sont augmentées de volume, luisantes ; on sent au toucher de l'empâtement. La température locale est augmentée.

Le diagnostic est celui de rhumatisme articulaire aigu.

15 mai. — Les phénomènes se sont peu amendés, les douleurs sont moins vives, mais les symptômes objectifs, augmentation de volume des jointures atteintes, empâtement, élévation de la température locale, persistent.

20 mai. — Sur la partie gauche du cou, grosse adénopathie, empâtée, très douloureuse, faisant corps avec le maxillaire.

Les douleurs articulaires persistent.

La céphalée continue également, mais revêt maintenant les caractères spécifiques, elle est nocturne, survenant vers le matin ; la malade la compare à des coups de marteau.

Il existe en outre une légère alopecie plus marquée sur les tempes.

L'examen de la gorge révèle actuellement des lésions ulcéreuses profondes sur les amygdales.

Dans les deux aines, on trouve une pléiade ganglionnaire constituée par de petits ganglions mobiles roulant sous le doigt.

Les éléments de folliculite se sont agrandis et ont pris une forme ovalaire.

Le peu d'efficacité de la médication salicylée, la céphalée nocturne, l'alopecie, les lésions buccales et vulvaires permettent actuellement de conclure à une syphilis non douteuse. La

malade, étant donnée l'intensité des accidents, est soumise aux injections du calomel (Zambeletti 0 gr. 05).

24 mai. — Un changement considérable s'est produit. Les fluxions articulaires ont complètement cédé. Les douleurs ont disparu. La fièvre est tombée. La malade a retrouvé l'appétit. Il n'y a plus de maux de tête.

27 mai. — On fait une deuxième piqûre de calomel. L'adénopathie cervicale a rétrocedé. On sent dans la région sternomastoïdienne de petits ganglions mobiles et indolents. Les amygdales sont le siège de plaques muqueuses évidentes. Les lésions vulvaires ont disparu.

3 juin. — Troisième piqûre de calomel. Plaques muqueuses amygdaliennes tenaces. Plaques muqueuses sur la lèvre inférieure et à la commissure labiale droite.

L'érosion du col a maintenant une forme semi-lunaire. Elle semble s'éloigner de l'orifice.

8 juillet. — Huitième piqûre de calomel. Le chancre du col est complètement guéri. La gorge est très améliorée.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, à cause de la difficulté et de l'erreur de diagnostic auxquelles elle a donné lieu.

Nous n'avons mis que très tardivement la malade au traitement, car nous n'avons pas osé affirmer le diagnostic de syphilis d'après la seule lésion du col, et nous voulions attendre l'apparition d'une roséole, qui, si elle s'est produite, a été tout à fait éphémère.

Nous nous sommes ensuite mépris sur le caractère spécifique de l'angine, à cause de l'adéno-phlegmon cervical gauche, auquel nous rattachions le début de

l'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ajoutons que les amygdales étaient recouvertes sur toute leur surface d'un enduit crémeux qui enlevait aux lésions tout caractère de plaques muqueuses.

Terminons enfin, en signalant que toutes nos recherches, faites pour découvrir le tréponème sur l'une quelconque des lésions, ont été complètement négatives.

OBSERVATION V (Résumée)

(Voisin)

Jeune homme de vingt-deux ans. Pas de rhumatisme antérieur. Entre en pleine période secondaire le 3 janvier 1875. Douleur et gonflement modéré du poignet gauche et de la hanche droite. Rien au cœur. Pas de fièvre. Le 10 janvier on commence le traitement par la liqueur de Van Swieten.

Le 18 le gonflement et la douleur ont disparu, les mouvements sont libres.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Voisin)

Homme de vingt-neuf ans. Pas de rhumatisme antérieur. Chancre deux ans auparavant. Le 27 décembre entre avec l'articulation tibio-tarsienne rouge, douloureuse et gonflée, trois mois avant il avait eu de la douleur et du gonflement du genou gauche.

Guérison rapide par le traitement spécifique.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Singer)

Femme de quarante ans, entre en 1901. Souffrant depuis huit semaines. Fièvre. Gonflement de plusieurs jointures et douleurs vives. Pendant l'allaitement de son enfant, trois mois auparavant, elle avait eu une éruption qui avait été améliorée par l'iodure de potassium.

Le coude droit et la tibio-tarsienne du côté gauche sont gonflés et douloureux.

Rien au cœur. Guérison complète par le traitement spécifique.

OBSERVATION VIII et IX (Résumées)

(Dominici, 1906.)

Homme de cinquante-quatre ans et femme de trente-cinq ans, souffrant depuis plusieurs mois de polyarthrites avec des phases d'amélioration et de récédive.

Quelques phénomènes inflammatoires.

Douleurs nocturnes. Hydarthrose légère dont le liquide peu abondant contenait surtout des polynucléaires et était stérile. Pas de réaction à la tuberculine.

Dans le premier cas, l'affection avait débuté comme un rhumatisme chronique ; dans le second elle avait une allure assez aiguë et s'accompagnait de fièvre (38°5) et de frissons. Les deux guérirent rapidement par le traitement spécifique.

OBSERVATION X (Résumée)

(Gaillard, 1906.)

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, qui a eu il y a deux ans du rhumatisme articulaire aigu franc. Ce malade a contracté la syphilis il y a six semaines. Depuis quinze jours il présente des arthropathies des membres inférieurs qui ont été jugulées par des injections de benzoate de mercure.

Diagnostic. — De toutes ces observations, nous pouvons conclure aux difficultés du diagnostic, puisque dans un cas, des médecins avertis ont pu être induits en erreur et faire le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, quand en réalité il s'agissait d'arthropathie syphilitique secondaire.

Ce diagnostic est difficile, au point que Dominici a pu dire qu'il pensait que les arthropathies secondaires ne présentaient cliniquement aucun symptôme caractéristique permettant de les distinguer du rhumatisme articulaire aigu, et que le diagnostic devait être fait surtout par exclusion et par la constatation du résultat du traitement.)

Voyons maintenant quels sont les signes indiqués par les classiques et discutons-en la valeur.

Le rhumatisme articulaire aigu affecte en général

un plus grand nombre de jointures que le rhumatisme syphilitique qui n'atteint guère qu'une, deux ou trois jointures, et ne se généralise jamais ; d'autre part il se porte surtout sur les grandes articulations, alors que le rhumatisme articulaire aigu atteint également les grandes et les petites.

Un caractère important est la mobilité du rhumatisme articulaire aigu opposée à la fixité du rhumatisme syphilitique. De plus, cette dernière affection ne s'accompagne pas de fièvre en général, alors que dans le rhumatisme articulaire aigu il y a une réaction fébrile plus ou moins vive, et des sueurs abondantes que l'on observe pas dans le rhumatisme syphilitique.

Enfin dans le rhumatisme syphilitique, les lésions cardiaques sont la très grande exception, alors qu'on en observe fréquemment au cours du rhumatisme articulaire aigu.

On trouve aussi souvent, dans le rhumatisme articulaire aigu, une prédisposition héréditaire ou acquise aux accidents rhumatismaux, ou des crises antérieures et encore souvent une cause provocatrice (froid). Cependant dans le cas de rhumatisme syphilitique de Gaillard, on retrouvait une crise de rhumatisme articulaire aigu antérieure, mais en général on n'observe rien de tout cela dans le rhumatisme syphilitique, mais au contraire on trouve des antécédents de syphilis récente ou souvent des symptômes secondaires en évolution.

Evidemment, dans les cas types où ces symptômes

sont bien marqués, le diagnostic est relativement facile. Mais il en est d'autres où les symptômes de rhumatisme articulaire aigu sont assez atténués ou bien les symptômes de rhumatisme syphilitique assez aigus pour que le diagnostic soit longtemps en suspens. Tel est le cas de la malade où il existait des phénomènes pseudo-phlegmoneux au niveau des articulations atteintes, où la fièvre atteignait 39 degrés et où enfin les phénomènes généraux (courbature, mal de gorge, langue saburrale) devaient faire songer bien plus au rhumatisme articulaire aigu qu'au rhumatisme syphilitique. Dans ces cas, d'ailleurs, le salicylate de soude procure du soulagement aux malades, mais le traitement spécifique sera le seul véritable critérium thérapeutique, car le rhumatisme syphilitique cède rapidement au mercure.

De cette étude des arthropathies syphilitiques secondaires, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il y a trois formes de rhumatisme syphilitique secondaire, qui peuvent se combiner entre elles pour donner le syndrome pseudo-rhumatisme syphilitique ;

2° Le pseudo-rhumatisme syphilitique est très difficile à distinguer du rhumatisme articulaire aigu, car il peut s'accompagner des mêmes phénomènes locaux et généraux ;

3° Le rhumatisme syphilitique peut être amélioré par le salicylate, mais il ne guérit que par le traitement spécifique. C'est là un point important ; car

c'est cette amélioration passagère qui fait errer le diagnostic, elle est cause que ces malades ne bénéficient que tardivement du traitement mercuriel.

Arthropathies de la syphilis tertiaire

Les arthropathies de la période tertiaire sont plus fréquentes qu'on ne le croit. « Il est en effet vraisemblable, dit Gaucher, d'après ce que j'ai vu, que bon nombre de tumeurs blanches considérées comme tuberculeuses sont des ostéo-arthropathies syphilitiques tertiaires, surtout dans la syphilis héréditaire tertiaire, et particulièrement beaucoup de celles qui guérissent par ankylose ».

Ces lésions appartiennent surtout à la phase tardive de la période tertiaire, il n'est pas rare de les voir survenir dix ou quinze ans et même vingt ans après l'infection, elles se localisent le plus souvent à une seule articulation, les genoux surtout qui sont frappés trois fois sur quatre, puis le coude, le poignet, l'articulation temporo-maxillaire, la hanche.

C'est grâce à l'anatomie pathologique que l'on a pu classer ces lésions, car au point de vue symptomatique, elles se combinent pour former un ensemble : la *pseudo-tumeur blanche syphilitique*.

Aussi, nous allons d'abord étudier ces différentes formes anatomo-pathologiques, puis nous présenterons un tableau symptomatique d'ensemble.

Anatomie pathologique. — Méricamp, en 1882,

dans sa thèse sur les arthropathies syphilitiques tertiaires avait pu décrire trois formes :

1° La forme fibreuse ou périostale qui correspond au dépôt de tissu gommeux autour de la synoviale et du périoste ; c'est ce que les auteurs plus récents ont nommé la péricapsulite gommeuse ;

2° La forme osseuse ;

3° La variété déformante, bien étudiée plus tard par Lannelongue et Danjou. Cette forme est spéciale à la syphilis héréditaire et nous y reviendrons ultérieurement.

1° Le syphilome péricapsulaire se développe dans la couche de tissu cellulaire sous-synovial : ce tissu, ainsi que les tissus fibreux environnants, est transformé en une masse uniforme, jaune, grisâtre, élastique, plus ou moins épaisse (obs. de Lancereaux).

Le syphilome pourra évoluer suivant deux processus différents, ou bien le syphilome évoluera vers la sclérose : La sclérose double alors les capsules articulaires et produit tantôt, mais rarement, un épaississement uniforme péricapsulaire (Plateau-Schuller), tantôt l'épaississement est partiel et se présente sous forme de grains de plomb ou d'amas élargis constituant de véritables plaques de blindage qui donnent à la capsule la consistance du carton épais. Ces masses englobent progressivement la synoviale ou la dépriment de plus en plus, pouvant donner lieu à la production d'un véritable corps étranger intra-articulaire. Ainsi Toussaint dans sa thèse (1881), et Defontaine en 1882, rapportent des observations de

corps étrangers articulaires qui disparaurent sous l'influence du traitement spécifique. Ce processus fibreux sclérosant peut amener la rétraction cicatricielle des tissus et par la suite entraîner une gêne durable ou même une ankylose de l'articulation : nombre de tumeurs blanches guéries par ankylose ne sont en réalité que des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques (obs. de Finger).

Mais beaucoup plus rarement le syphilome peut évoluer selon un second processus, le ramollissement. La gomme peut se faire jour vers l'extérieur, et l'on observe alors des fistules qui viennent encore rendre le diagnostic plus difficile. Les produits gommeux peuvent aussi, mais, très rarement se vider dans l'articulation ou des deux côtés à la fois et il peut en résulter de graves pyarthrites nécessitant parfois l'amputation (Coulson).

Dès leur début, ces lésions le plus souvent retiennent du côté de l'articulation, il se produit un épanchement et parfois secondairement des phénomènes d'arthrite irritative et congestive, les cartilages peuvent alors se dépolir et s'éroder.

2° *Lésions osseuses.* — Gaucher, en 1879, indiqua bien l'importance de la lésion osseuse du syphilome épiphysaire ; mais c'est Gangolphe qui, en 1885, donna un travail complet sur ce sujet au Congrès de Chirurgie. Pour lui, au début, la gomme se développe dans une épiphyse. Sur une coupe, le syphilome se présente sous l'aspect d'un noyau gélatineux dans son ensemble. Le tissu osseux est raréfié dans

le point occupé par la lésion, le cartilage articulaire présente des signes de chondrite. Au microscope, les cellules cartilagineuses en voie de prolifération forment sur certains points des boyaux pleins d'éléments cellulaires prêts à s'ouvrir dans la jointure. Le cartilage diarthrodial d'abord aminci, puis perforé, laisse communiquer librement le foyer gommeux avec l'articulation. Plus tard, à la période d'état, la synoviale s'épaissit et se présente sous l'aspect d'une membrane rougeâtre épaisse de 2 ou 3 millimètres finement villose sur certains points.

Le liquide épanché, d'abord séreux, peut devenir trouble et puriforme.

Les fongosités, quand elles existent, sont toujours très peu abondantes, d'après les classiques. Nous reviendrons sur ce point, à propos de l'observation XI, dans laquelle on sentait de chaque côté du tendon rotulien des masses mollasses donnant tout à fait l'impression de fongosités.

Les ligaments sont en général intacts, ils ne sont atteints que dans le cas où l'altération gommeuse s'attaque à leur insertion sur le cartilage.

Quand l'affection s'arrête dans son évolution, les ligaments, la capsule peuvent rester épaissis, rétractés, et si l'arthrite a été intense, une ankylose plus ou moins serrée peut en être la conséquence, cependant il n'y a pas là, selon Gangolphe, de quoi constituer une variété spéciale : l'arthrite déformante tertiaire, admise par Méricamp, Dumesnil, Danjou. « Ce nom est mauvais, dit Fournier, il s'agit en réa-

lité d'une arthropathie avec déformation épiphysaire provoquée par des hyperostoses et des ulcérations qui déforment les surfaces articulaires d'où des malformations, des subluxations. »

Symptomatologie. — L'arthropathie syphilitique tertiaire, la pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier, débute ordinairement d'une façon lente et insidieuse. Peu à peu les malades ressentent une gêne, une sorte de tension, un épanchement se produit. La disparition et la réapparition intermittente de cette hydarthrose traduisent les phénomènes congestifs qui lui donnent lieu.

En général, à ce moment la douleur est localisée au niveau des épiphyses gommeuses qui présentent des nodosités ou un gonflement diffus. Le plus souvent, d'après les classiques, l'indolence est remarquable, mais la douleur peut être intense au point que l'état général peut être très atteint (obs. de Richet).

L'atrophie musculaire est assez marquée, mais il n'existe pas de contractures comme dans la tuberculose et les mouvements sont possibles tant qu'ils ne sont pas limités mécaniquement par les déformations articulaires.

Cependant, dans notre observation XIII on lit que « les mouvements passifs sont très limités et douloureux. La flexion atteint à peine l'angle droit. Le genou qui était au moment de l'examen en légère flexion ne peut s'étendre complètement ».

La synoviale est épaissie et l'on sent des plaques

de blindage analogues à du carton épais. L'articulation est distendue par un épanchement plus ou moins abondant. Enfin on peut trouver des fistules simulant des fistules tuberculeuses. Cette suppuration et cette fistulisation sont d'ailleurs extrêmement rares.

OBSERVATION XI

(Vivier)

Note sur un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique

Un homme de quarante-deux ans entre pour être soigné d'une tumeur blanche du genou. On fait une ponction exploratrice et on lui propose une amputation qu'il refuse. Le malade est alors adressé au docteur Vivier fin février 1905, avec le diagnostic de tumeur blanche. Le malade est pâle, très amaigri, très fatigué. Le genou droit est dans un état lamentable, très volumineux, en demi-flexion ; le tibia est en subluxation postérieure, il offrait l'aspect typique d'une tumeur blanche à la période de luxation. Les culs-de-sac étaient distendus par un épanchement moyen, la synoviale épaissie dans son ensemble présentait des parties plus dures et d'autres plus molles ; en particulier de chaque côté du tendon rotulien on avait la sensation typique de fongosités articulaires. Cependant le volume anormal de l'articulation était due surtout à la tuméfaction des condyles du fémur dont l'interne en particulier était notablement augmenté de volume.

Le tibia subluxé en arrière était aussi légèrement déjeté en dehors. La flexion ne dépassait pas l'angle droit, l'extension était impossible au delà d'un angle fortement obtus ; enfin il existait des mouvements de latéralité très étendus. Le genou était douloureux spontanément, au toucher et pendant la marche. Les douleurs ne présentaient pas d'exacerbation nocturne. Le condyle interne était douloureux au toucher, particulièrement au point d'insertion des ligaments.

Cette tumeur avait évolué assez rapidement. Il commença à souffrir de son genou en octobre 1904, et bientôt ce dernier augmenta de volume. Le malade posa un vésicatoire qui le soulagea, un deuxième qui ne fit pas grand'chose. On lui mit un silicate qui ne l'améliora pas du tout, et il fut forcé d'entrer à l'hôpital par l'accroissement des douleurs et l'impossibilité absolue de marcher.

C'était la première fois qu'il était obligé de s'aliter, ayant joui jusqu'ici d'une santé robuste. Son père et sa mère vivent encore en parfaite santé. Deux frères se portent à merveille.

Outre sa lésion articulaire, le malade présentait au niveau frontal droit une petite collection fluctuante de volume d'une noisette et dont l'origine osseuse était facile à reconnaître par l'existence d'un point douloureux net ; on sentait à ce niveau une petite dépression de la table externe de l'os. Cet abcès était survenu sans douleur appréciable un à deux mois avant qu'il ne souffrit du genou.

Je n'hésitais pas à me ranger au diagnostic de tumeur blanche, qui me semblait évident par les caractères de la lésion, le mauvais état général du malade, la coexistence d'un abcès froid au niveau du front. Je prévins le malade

que je n'étais rien moins que sûr d'arriver à un bon résultat dans un cas déjà si avancé, et sur sa décision formelle, je commençai le traitement conservateur. Je redressais de mon mieux le genou et le maintins avec un appareil plâtre prenant le bassin et le pied. Une fenêtre à la face antérieure du genou me permit de faire une série de dix injections intra-articulaires d'huile iodoformée et créosotée. Je n'obtins aucun résultat local, et l'état général devint si mauvais que je n'osais continuer sans demander l'avis d'un spécialiste plus autorisé que moi. Ce dernier conseilla un séjour sur le bord de la mer et des injections de naphtol camphré.

Le malade ne suivit pas ce conseil et se rendit en Normandie où il se fit faire des massages dirigés contre « la rétraction des nerfs du creux du jarret » qui, à son idée, constituait toute la maladie. Ce traitement l'améliora sensiblement, les douleurs spontanées disparurent, mais la marche était toujours pénible et la jambe déviait de plus en plus en dehors par suite de la laxité ligamentaire.

En octobre il revint à Paris où, par hasard, je le rencontrai dans la rue et fus tout surpris de le voir marcher, mal à la vérité, mais d'une allure qui ne cadrerait pas avec la tumeur blanche, suppurée et fistuleuse que je lui supposais à cette époque après un traitement aussi abracadabrant.

Je soupçonnais une erreur de diagnostic ; une tumeur blanche ne pouvait avoir été améliorée par du massage et de la mobilisation, et je priai le malade de venir me voir. Il n'y vint guère qu'un an après, et voici l'état tel que je l'ai consigné à ce moment (octobre 1906).

Le genou est en demi-flexion, le tibia subluxé en arrière et en dehors.

L'extrémité supérieure du tibia paraît un peu plus volumineuse que celle du côté opposé. L'extrémité inférieure du fémur est très augmentée de volume. La rotule est élargie de 2 centimètres par rapport à celle du côté opposé.

La synoviale est uniformément distendue par un tissu mollasse qui donne l'impression de fongosités. Il existe à mi chemin, entre le bord interne de la rotule et le condyle interne un épaississement de la synoviale gros comme un haricot et qui simule un corps étranger. Plus haut existe un épaississement analogue mais plus large et plus fondu avec la synoviale. Du côté externe on a une plaque d'induration de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Les extrémités osseuses ne sont pas douloureuses du tout, on ne trouve de douleurs qu'au niveau du premier épaississement synovial interne. La flexion se fait un peu plus qu'à l'angle droit, l'extension se fait à peu près complètement autant que le permet la subluxation qui est très nette. Les mouvements de latéralité sont si marqués qu'on a un peu l'impression d'une jambe de polichinelle.

Le crâne est déformé par la présence à la partie antérieure et supérieure de l'os frontal d'une exostose large comme la paume de la main au centre de laquelle on voit une dépression dont le fond est occupé par une fistule d'où sort un pus jaunâtre et peu épais. En arrière, au niveau de la partie supérieure et droite de l'occipital, se trouve une deuxième exostose moins large. Elles ne sont douloureuses ni l'une ni l'autre.

Le malade se souvient seulement d'un léger écoulement urétral qui a cédé rapidement aux balsamiques à l'âge de dix-sept ans. Il n'a jamais eu d'éruptions, ne s'est jamais

plaint de maux de tête. Rien aux testicules, à la verge, pas de cicatrices sur le corps. Les réflexes sont normaux, pas d'Argyll-Robertson. Le malade a un enfant de quatorze mois bien portant.

Je conclus d'après les plaques de blindage de la synoviale, l'absence de suppuration au niveau du genou, les caractères des exostoses craniennes et malgré l'absence d'antécédents, à une pseudo-tumeur blanche d'origine spécifique.

On commence de suite les piqûres de benzoate de mercure, 2 centimètres cubes par jour pendant quinze jours puis deux mois de repos.

Diminution des douleurs spontanées, mais le moindre mouvement les réveille et le malade n'est soulagé que par des massages.

En février 1907, deuxième série de piqûres puis repos ; en avril série de trente-deux piqûres et, à la suite, des progrès étonnants se manifestent dans la voie de guérison.

Le genou qui, jusque-là, n'avait pas beaucoup changé comme volume, diminue progressivement, la marche devient facile et l'état général excellent. Avant le traitement le malade pesait 42 kilogrammes, il en pèse 57 actuellement. Il recommence (octobre 1907) une nouvelle série de piqûres.

Son état actuel est le suivant (décembre 1907) : Le genou présente une configuration presque normale, il est complètement étendu, et c'est à peine si à la saillie plus marquée de la rotule on se rend compte que le tibia est encore plus en arrière que dans le genou normal.

Le condyle interne est un peu augmenté de volume. La rotule irrégulière dans son pourtour, est plus large d'un bon centimètre que la saine dans toutes ses dimensions.

En dedans on sent un noyau de consistance cartilagineuse et de la largeur d'une pièce de 50 centimes. En dehors il y a deux noyaux, l'un du volume d'un petit pois, l'autre d'un haricot. Ces noyaux inclus dans la capsule articulaire sont cependant relativement mobiles.

En bas et en avant, sous le tendon rotulien et de chaque côté sont des masses mollasses donnant tout à fait l'impression de fongosités. Dans le reste de l'articulation on ne trouve pas d'hydarthrose.

La flexion dépasse l'angle droit sans se faire complètement. L'extension est complète. Il n'y a plus le moindre mouvement de latéralité. Le genou est aussi serré, aussi solide que celui du côté sain.

L'exostose frontale n'existe plus; on trouve à la place une cicatrice déprimée. Dès la dixième injection la fistule s'est définitivement tarie.

L'exostose occipitale droite a encore le volume d'une noisette. Elle diminue progressivement.

OBSERVATION XII

(Queyrat. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, juillet 1907.)

Arthropathie du coude chez une syphilitique, considérée comme tumeur blanche et guérie par l'iodure de potassium

Jeune fille âgée de vingt ans. A dix ans elle a eu des adénopathies sous-maxillaire et cervico-latérale gauche qui ont suppuré et laissé des cicatrices caractéristiques des ganglions tuberculeux. Il lui est resté de cette époque une grosse poly-

dénite cervico-latérale plus accusée à gauche, où les ganglions ont le volume d'une amande. Elle n'a jamais eu de bronchite, n'a jamais toussé. Au point de vue de l'examen des poumons peu de chose : sous la clavicule droite la respiration est rude et basse, l'inspiration saccadée, l'expiration prolongée en même temps qu'on trouve les vibrations augmentées et la sonorité diminuée.

Il s'agit donc d'une jeune fille tuberculeuse, surtout par les ganglions, d'une strumeuse, comme on eut dit autrefois. Voici le terrain, maintenant voilà la graine.

25 février 1906. — Elle contracte la syphilis infectée par un de mes clients, qui ignorait, à ce moment, qu'il fut atteint de syphilis. Deux mois après elle était couverte de syphilides maculo-papuleuses ; elle va consulter à Saint-Louis où on lui trouve, outre les lésions cutanées, une ulcération génitale et un adénopathie inguinale bilatérale spécifique. Elle prend dès lors chaque jour, *pendant deux mois 2 pilules de sublimé*, puis le 18 juillet 1906 on lui fait une série de *dix injections de benzoate de mercure* ; elle est obligée de cesser les injections étant très douloureuses, et ayant provoqué — bien qu'on prétende que ce soit le privilège des injections de sels insolubles — une stomatite intense.

La stomatite guérie, un médecin de la ville lui fait *vingt injections d'énésol*.

N'empêche que le 25 août elle présentait deux gommès volumineuses sur la jambe gauche à trois travers de doigt de l'articulation, ayant laissé des cicatrices ovalaires de 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large, cicatrices souples avec pigmentations périphériques.

Puis se montrent successivement : une troisième gomme

sur la jambe gauche, une quatrième sur la cuisse gauche, une cinquième et une sixième sur la cuisse droite, une septième sur le mollet droit.

Ces gommès ont évolué du 25 août à la fin de septembre : le traitement a consisté en *trente injections de benzoate de mercure* et des applications d'emplâtre de Vigo : pas d'iodure.

En octobre la malade ne suit pas de traitement.

En novembre elle est prise *de douleurs dans le coude gauche* ; elle retourne à Saint-Louis où on lui fait *vingt-sept injections de benzoate* ; les douleurs persistent, le mercure est remplacé par du sirop iodo-tannique ; les douleurs augmentent ; on revient au benzoate et elle reçoit *treize injections de benzoate* à 3 centigrammes (janvier 1907), puis *vingt-deux injections de benzoate* à 2 centigrammes.

Malgré ce traitement mercuriel intensif et continu, les douleurs empirent ; la malade est mise aux *frictions d'onguent napolitain*, elle en fait *quinze* ; les douleurs deviennent de plus en plus intenses ; l'articulation est volumineuse, d'un rouge sombre, la malade ne peut dormir tant elle souffre.

On discute alors, nous dit-elle, à Saint-Louis, l'hypothèse d'une tumeur blanche. Elle va consulter un médecin militaire qui fait le diagnostic de tumeur blanche du coude et l'adresse à un chirurgien des hôpitaux qui confirme ce diagnostic et déclare, nous affirme la malade, qu'il sera nécessaire de pratiquer la résection du coude.

Entre temps, comme il y a imminence d'abcès, comme les douleurs sont intolérables, on lui applique un appareil plâtré qu'elle garde trois semaines, sans aucune amélioration

d'ailleurs ; c'est dans ces conditions qu'elle m'est amenée le 3 avril 1907.

La malade est extrêmement fatiguée ; il y a un mois et demi qu'elle ne dort pas, du fait des douleurs que lui occasionne son arthropathie et qui persistent en dépit de l'application de l'appareil plâtré. Cet appareil enlevé, le coude apparaît très augmenté de volume (il mesure 24 centimètres de pourtour, tandis que celui du côté sain ne mesure que 20 cent. 1/2), d'un rouge violacé avec des points fluctuants où il semble qu'un abcès soit sur le point de s'évacuer ; la douleur est atroce, dès qu'on touche l'articulation la malade pousse des cris, la moindre tentative de mouvement provoqué la met presque en syncope.

En présence de ce cas, trois diagnostics étaient à discuter :

1^o *Arthropathie blennorragique*. — Mais la malade n'avait ni métrite ni pertes blanches, mais son ami que je soignais et qui avait avec elle des rapports sexuels fréquents n'avait jamais eu d'écoulement urétral ; dans ces conditions l'étiologie gonococcienne de la lésion articulaire pouvait être facilement éliminée ;

2^o *Arthropathie tuberculeuse*. — L'intensité des douleurs en dépit de l'immobilisation, et surtout leur nocturnité, semblaient indiquer une autre variété d'arthropathie ;

3^o *Arthropathie syphilitique*. — Ce fut le diagnostic que je formulais, annonçant à la malade que j'espérais la guérir rapidement, tout en faisant des réserves, en raison du terrain, pour la possibilité d'une association, d'une arthropathie hybride, syphilico-tuberculeuse.

L'insuccès du traitement mercuriel malgré son intensité et sa continuité :

Soixante pilules de sublimé.

Vingt injections d'énésol.

Quatre-vingt-douze injections de benzoate, dont treize à 3 centigrammes.

Quinze frictions d'onguent napolitain, le tout dans un laps de onze mois, cet insuccès n'était nullement, à mon avis, un argument contre l'hypothèse de la spécificité de l'arthropathie, l'iodure n'ayant pas été administré.

Aussi, malgré le terrain notoirement tuberculeux, n'hésitais-je pas à faire prendre à cette malade, par la voie rectale, 4 grammes, puis 6 grammes, et, dès le troisième jour, 8 grammes d'iodure de potassium. Il a été continué cette dose pendant un mois ; il a été fait simultanément, au début dix frictions mercurielles.

Le traitement fut commencé le 3 avril ; dans la nuit du 9 au 10 (donc après six jours de traitement) cette jeune fille, qui depuis un mois et demi ne dormait pas et criait de douleur, put reposer pendant huit heures ; j'ai enlevé l'appareil plâtré après quinze jours ; au bout d'un mois la malade pouvait se coiffer.

Actuellement, les mouvements s'effectuent sans aucune douleur ; l'extension n'est pas complète, mais il faut songer que cette articulation a été malade pendant cinq mois. Bien entendu, toute réaction inflammatoire a disparu, le coude ne mesure que 22 centimètres au lieu de 24 ; il reste un peu d'hydarthrose dans l'articulation, ce qui commande quelques réserves au point de l'avenir. En tout cas, le résultat est tout à fait remarquable et m'a semblé un argument de toute première valeur en faveur du traitement ioduré, même chez les syphilitiques tuberculeux. A noter, à ce propos, que, sous

l'influence du traitement ioduré intensif, les ganglions du cou ont notablement diminué de volume.

Le malade va, dès à présent, reprendre son traitement mixte, et, en y joignant le massage, les mouvements provoqués et l'électrisation de ses muscles atrophiés, j'espère arriver chez elle à un résultat encore plus satisfaisant.

Et si je voulais de ce fait tirer une conclusion, je dirais : ne faisons pas fi de l'iodure.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Arthropathie syphilitique tertiaire. — Diagnostic hésitant entre arthropathie tuberculeuse et arthropathie nerveuse, et tranché par le traitement intensif et prolongé.

Le 15 avril 1907. — La nommée R..., âgée de trente-deux ans, fille de service, se présente à la visite à Saint-Lazare, soutenue sous chaque bras et marchant avec la plus grande difficulté.

Interrogée elle fait le récit suivant : de légères douleurs ont commencé à se manifester six mois auparavant dans l'articulation du genou droit.

Pendant plusieurs semaines, ces douleurs ont été le seul phénomène constatable.

La malade ne s'est pas fait examiner, elle a demandé qu'on lui prescrive quelque chose pour un rhumatisme et le salicylate de soude lui ayant occasionné des bourdonnements d'oreilles est remplacé par de l'aspirine à la dose de

2 ou 3 grammes par jour. Ce traitement amène une légère sédation dans les douleurs.

La malade, quand elle est soumise à l'aspirine, éprouve dans son articulation une sensation d'engourdissement succédant aux vives douleurs qu'elle éprouvait et qui reparais-sent dès qu'elle cesse le traitement. Peu à peu le genou s'est mis à gonfler et s'est déformé complètement, en même temps les douleurs ont augmenté d'intensité et sont devenues presque intolérables.

Elles revêtent un caractère intermittent, surviennent par crises, douleurs très violentes, lancinantes, se produisant aussi bien la nuit et privant la malade de tout repos.

Examen. — La malade est étendue sur un lit, et ce qui frappe avant tout, c'est l'augmentation de volume qui porte non seulement sur l'articulation, mais sur toute l'extrémité inférieure du fémur. La peau est épaissie, rugueuse, presque écailleuse, ce qui tient à l'abus des liniments et des révulsifs, notamment de la teinture d'iode. La jambe droite paraît plus maigre que celle du côté sain, les téguments sont blafards, les ongles sont ternes.

La palpation permet de se rendre compte de l'augmentation de volume considérable des surfaces osseuses fémorales.

Les condyles fémoraux sont allongés dans le sens antéro-postérieur et élargis transversalement. On peut par la mensuration se rendre compte de cette augmentation. Au niveau du genou sain, la mesure pratiquée au milieu de la rotule donne comme circonférence à l'articulation 36 centimètres. Pratiquée au même niveau sur l'articulation malade, la mesure donne 45 centimètres.

Le tiers inférieur du fémur est épaissi et irrégulier. Au lieu que la diaphyse vers le tiers inférieur s'élargisse insensiblement pour se confondre avec les condyles fémoraux, on peut, par la palpation, constater une sorte de ressaut, véritable coup de hache, et le tiers inférieur du fémur revêt la forme d'un cône tronqué à petite base se continuant avec la partie supérieure de la diaphyse, à grande base se fusionnant avec les plateaux fémoraux.

A 7 centimètres au-dessus de l'extrémité supérieure de la rotule, la mesure donne comme circonférence à droite 44 centimètres, à gauche 40 seulement. La mesure pratiquée à la partie supérieure de la cuisse permet de constater une diminution de la circonférence du membre malade, circonférence inférieure de 2 centimètres à celle du membre sain. La même différence se constate sur la jambe du côté sain et sur celle du côté malade,

La rotule paraît soulevée et elle est effectivement soulevée par les condyles fémoraux d'abord, par le liquide de l'articulation ensuite. A la palpation elle paraît saine et ne présente ni augmentation de volume, ni rugosités ni irrégularités. Au-dessous de la pointe de la rotule on sent un ressaut très net qui s'explique par ce fait que les plateaux du tibia sont peu ou point touchés. Ils sont en effet légèrement élargis, mais cette augmentation de circonférence n'est pas en rapport avec celle des condyles fémoraux.

On sent très nettement le choc rotulien accompagné d'une sensation très spéciale, à la main, sensation de frottement contre une surface rugueuse qui n'est pas du tout celle éprouvée dans le cas d'une hydarthrose banale.

La marche est impossible, si la malade est livrée à elle-

même. Elle est incapable de se porter sur son genou malade. Quand elle est soutenu soit par des personnes, soit par des béquilles, la marche est encore très pénible.

Les mouvements passifs sont très limités et particulièrement douloureux. La flexion atteint à peine l'angle droit. Le genou qui était au moment de l'examen en légère flexion ne peut s'étendre complètement. L'angle obtus atteint environ 160 degrés. En résumé, les mouvements de flexion et d'extension varient dans les limites de 160 à 90 degrés.

Les mouvements actifs sont nuls ; si l'on commande à la malade d'étendre ou de plier la jambe sur la cuisse, elle est incapable de le faire. On ne perçoit alors que la contraction du quadriceps fémoral. Les mouvements anormaux sont très remarquables. Si l'on immobilise le fémur de la main gauche sur le plan du lit, et si l'on fait avec la main droite mouvoir transversalement la jambe, on constate des mouvements de latéralité très étendus.

Les ligaments sont très relâchés. La jambe est presque ballante sur la cuisse, et quand ces mouvements sont portés au maximum, l'angle que fait la jambe avec l'axe prolongé de la cuisse atteint environ 30 degrés dans les mouvements de latéralité internes ou externes.

La palpation a permis de constater du liquide dans l'articulation. Pour les fongosités il y a doute. Il semble qu'on sente une sorte d'empâtement au niveau des plateaux du tibia. Mais la sensation est peu nette.

Les autres fonctions s'accomplissent normalement, la malade mange bien, n'a pas maigri.

L'auscultation ne révèle rien de particulier, les poumons

sont sains, l'on ne retrouve pas trace d'une lésion bacillaire ancienne.

Antécédents. — Les antécédents de la malade ne contribuent pas à éclairer le diagnostic. Elle a commencé à faire la noce à l'âge de dix-huit ans. A vingt-deux ans elle entre dans le service de M. Reclus, qui lui fait une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, dit-elle. Il semble bien en effet qu'il se soit agi de cette affection, d'après les symptômes qu'énumère la malade : gonflement du ventre, diarrhée, vomissements, amaigrissement.

Dans son jeune âge, la malade était sujette à des bronchites à répétition, survenant presque chaque hiver.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

A l'âge de vingt-six ans, elle devient syphilitique c'est à ce moment qu'elle entre à Saint-Lazare et, qu'après plusieurs mois de séjour, elle obtient d'y rester comme fille de service. Elle a d'abord fait un chancre génital, puis se sont succédé les divers accidents secondaires, céphalée, roséole, plaques muqueuses buccales et vulvaires. Notons à cette période une alopecie considérable, avec cette anomalie que les cheveux n'ont pas repoussé.

La syphilis a été traitée immédiatement par des injections intra-musculaires d'huile grise. Malgré cela, la malade a fait des syphilides ulcéreuses précoces. Le traitement a été poursuivi régulièrement pendant quatre ans.

Depuis deux ans, la malade se portait très bien et n'avait jamais fait aucun accident.

Discussion du diagnostic. — Les antécédents de la malade, les signes observés, permettent d'éliminer toute les diagnos-

tics d'exception et de n'hésiter qu'entre une arthrite bacillaire et une arthropathie spécifique.

Le diagnostic d'arthropathie nerveuse peut se poser. La malade présente en effet une diminution marquée des réflexes rotuliens. Les pupilles sont inégales et réagissent paresseusement à la lumière. Le genou énorme, avec une laxité articulaire marquée est assez le propre des arthropathies nerveuses. Mais des objections assez sérieuses se posent : au point de vue encéphalo-médullaire, il ne saurait s'agir que d'un tabes ou d'une paralysie générale : or si les arthrites s'observent dans cette affection, ce ne sont pas des complications de début, mais bien plutôt des manifestations de l'affection confirmée.

De plus, rien dans les symptômes cérébraux ne permet de porter le diagnostic de paralysie générale : ni embarras de la parole, ni tremblement fibrillaire de la langue ou des lèvres, ni changement de caractère.

On pourrait songer à un tabes fruste. Nous n'écartons pas cette hypothèse, mais l'arthrite observée par nous s'est développée lentement, progressivement, ce qui n'est pas le fait de l'arthropathie nerveuse, les douleurs sont vives, enfin s'il y a de la laxité ligamenteuse, nous sommes loin de la jambe de polichinelle qu'on observe quand l'axe encéphalo-médullaire est en cause.

Reste à diagnostiquer l'origine syphilitique ou bacillaire de cette arthrite. Les antécédents ne nous donnent aucun renseignement. On ne trouve dans les mois qui ont précédé l'arthrite, aucun coup, aucun traumatisme.

Les douleurs se produisent la nuit parfois. C'est aussi bien le fait de la syphilis que de la tuberculose.

L'atrophie musculaire est marquée. C'est plutôt le fait de la tuberculose.

il n'y a point à la palpation de point douloureux nets. Si l'on presse sur les condyles il y a une certaine sensibilité, mais ce n'est pas la douleur vraie qu'on observe dans la bacillose.

De plus, cette extrémité fémorale épaissie en massue est bien plutôt le fait de la syphilis que de la tuberculose, bien que cette dernière affection révèle parfois la forme hyperostosante, mais cette prolifération est dans ce cas moins diffuse, plus limitée à un point osseux.

Remarquons de plus que l'état général de la malade s'est assez bien maintenu, ce qui est plus en faveur de la syphilis.

On pourrait objecter que la malade a suivi un traitement régulier, mais il n'est malheureusement pas très rare de voir des malades faire de nouveaux accidents, même quand le traitement leur a été appliqué avec toute la persévérance voulue.

Enfin, pour être complet, signalons que la malade accuse parfois des poussées de fièvre, survenant vers le soir, avec chaleur et sueurs, et cela se rapporterait plutôt à la tuberculose.

De la discussion qui précède, nous pouvons tirer des arguments tant en faveur de la syphilis que de la tuberculose. La question est particulièrement difficile à trancher.

Ce sont des cas où il faut d'emblée appliquer le traitement qui seul peut résoudre le problème. On se décide donc à soumettre la malade au traitement intensif en faisant des réserves pour la tuberculose et en décidant que si l'on n'ob-

tient pas le résultat espéré de traiter cette arthrite comme une arthrite bacillaire.

Traitement et évolution de la maladie. — La malade est soumise aux injections intra-musculaires de calomel. Chaque semaine on pratique une injection de 5 centigrammes.

Le résultat est peu encourageant. Les douleurs ne s'amendent pas, et la malade qui avait supprimé l'aspirine est obligée d'y avoir recours de nouveau.

Le traitement est poursuivi régulièrement pendant dix semaines. A ce moment, les piqûres sont suspendues. Il est difficile de trouver une amélioration. Les douleurs ont persisté. La mensuration donne les mêmes chiffres. La quantité de liquide a peut-être un peu diminué, mais bien que la malade n'ait pas changé son genre d'existence, elle évite de marcher autant qu'elle le faisait auparavant, se repose plus, et cette légère diminution de liquide peut aussi bien être attribuée au repos qu'aux injections de calomel.

2 juillet 1907. — On applique sur l'articulation des pointes de feu profondes formant une couronne péri-rotulienne. La malade ressent un léger soulagement et réclame une nouvelle application le 12 juillet. Cette fois il n'y a point de sédation, et devant la persistance des douleurs on se décide à immobiliser la jambe.

15 juillet. — On applique une gouttière plâtrée remontant du tiers inférieur de la jambe à la moitié du fémur. La malade est astreinte au séjour au lit; elle ne retire pas de soulagement du plâtre. Les douleurs semblent diminuer au début mais reprennent bientôt avec une nouvelle intensité.

15 septembre. — Au bout de deux mois exactement, le plâtre est retiré et on reprend les piqûres de calomel.

1^{er} octobre. — La malade signale une gêne au niveau du voile du palais, on examine cette région et on constate une tuméfaction mollasse siégeant à la limite du palais et du voile à gauche de la ligne médiane. Cette tuméfaction est douloureuse au toucher, de coloration rouge vif.

4 octobre. — Une ulcération circulaire a succédé à la tuméfaction. Elle revêt tous les caractères de la gomme. Aspect bourbillonneux, bords nets à l'emporte pièce.

Au traitement mercuriel est alors adjointe la médication odorée. L'iodure est d'abord donné à faible dose un gramme par jour en deux fois.

7 octobre. — L'amélioration de la voûte palatine est des plus nette.

12 octobre. — La plaie bourgeonne et se comble.

Elle n'est plus qu'en surface, elle a un aspect rouge, rosé, de bonne nature.

En même temps la malade accuse une réelle diminution de ses douleurs au genou. Pour la première fois, dit-elle, elle a dormi deux nuits de suite.

13 octobre. — La dose d'iodure est portée à 2 grammes par jour.

16 octobre. — L'amélioration se dessine franchement. L'épanchement a manifestement diminué. Les mouvements passifs sont plus étendus, on arrive à la demi-flexion.

25 octobre. — On constate un peu de salivation, on suspend les piqûres.

30 octobre. — Les douleurs ont complètement disparu. La malade se tient debout sans le secours d'aucun aide. La mensuration permet de constater au niveau de la rotule une diminution de circonférence de 1 centimètre et demi.

10 novembre. — L'extrémité inférieure du fémur a manifestement diminué de volume. Elle devient plus lisse, plus régulière. L'articulation n'est plus tuméfiée.

25 novembre. — Il n'y a plus que 3 centimètres de différence entre la circonférence de la jambe malade et celle de la jambe saine. Les mouvements passifs d'extension sont complètement revenus. Les mouvements de flexion sont encore limités. La malade exécute spontanément des mouvements d'extension et de flexion.

Les piqûres sont reprises.

10 décembre. — La malade marche sans douleur. Elle boite d'une manière assez prononcée, mais ce fait est dû à l'atrophie musculaire d'une part, à la laxité ligamenteuse d'autre part.

10 janvier. — La tuméfaction de l'extrémité inférieure du fémur est encore appréciable sans qu'on puisse établir de comparaison entre ce qu'on observe actuellement et ce qu'on constatait au mois de juin.

2 février. — Il persiste encore des mouvements de latéralité peu accusés.

L'hydarthrose a disparu.

La flexion est devenue complète.

Arrêt de tout traitement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pseudo-tumeur blanche syphilitique avec la tumeur blanche tuberculeuse est très difficile.

Evidemment si le malade présente des antécédents nets de syphilis ou si l'on constate en même temps des accidents en évolution, le diagnostic sera beaucoup facilité. Mais l'on sait la fréquence des

syphilis ignorées ou méconnues et parfois l'état général est assez atteint pour faire songer à la tuberculose.

Voyons les caractères qui permettent de différencier la tumeur blanche syphilitique de la tumeur blanche tuberculeuse.

Le diagnostic se basera sur l'examen des extrémités osseuses, les aspérités, les nodus dont elles sont le siège non moins que le gonflement en masse de l'épiphyse. L'épanchement est moindre et l'on ne sent pas de fongosités comme dans la tuberculose, mais souvent des noyaux durs, des plaques de blindage dont nous avons déjà parlé.

La douleur est en général moins accusée et le malade marche encore alors qu'avec des lésions tuberculeuses aussi avancées la marche serait depuis longtemps impossible.

Mais aucun de ces symptômes n'est absolument caractéristique. Nous avons vu en effet que le malade de l'observation XI présentait au début une tuméfaction mollasse donnant tout à fait l'impression de fongosités, la douleur peut être très marquée (obs. de Richet) rendant la marche tout à fait impossible (obs. XIII).

Un signe particulier à noter c'est l'influence favorable du massage.

Les formes à évolution sclérosante sont difficiles à différencier du rhumatisme chronique de la vraie arthrite déformante cependant :

1° Ces lésions surviennent à un âge moins avancé que l'arthrite déformante ;

2° Les érosions osseuses ne sont pas localisées aux points où la pression articulaire est la plus forte ;

3° L'os ne présente ni éburnation, ni production ostéophytique à la périphérie des articulations ;

4° Enfin dans l'arthrite chronique il y a, non pas destruction des surfaces articulaires, mais au contraire production souvent énorme de tissu cartilagineux et osseux.

Les arthrites goutteuses présentent des tophi et leur siège est particulier.

Les tumeurs épiphysaires douloureuses (ostéo-sarcome en particulier) présentent généralement des signes caractéristiques. Dans le cas où quelques-uns de ces signes font défaut, le diagnostic peut devenir très difficile et l'incision exploratrice s'impose parfois. Les résultats donnés par le traitement spécifique ne pourront servir ici, car il faut agir vite.

Nous voyons donc que le diagnostic est très difficile pour les différentes formes de l'arthropathie tertiaire et que l'on ne pourra le plus souvent le faire que par une analyse attentive des symptômes et surtout par l'influence du traitement. Encore le traitement peut-il être trompeur, car il est nécessaire de le prolonger parfois fort longtemps.

En effet, nous avons noté dans l'observation XI, qu'une première série de quinze piqûres de benzoate de mercure fut à peu près inefficace. Ce n'est qu'à

la suite d'une troisième série de trente-deux piqûres que des progrès se manifestèrent;

D'autre part, l'iodure de potassium semble dans ces arthropathies au moins aussi actif, sinon plus que le mercure. En effet, dans l'observation que nous rapportons, nous avons eu un résultat décourageant avec une série de dix piqûres de calomel, Et ce n'est qu'avec la médication iodurée que nous avons obtenu un résultat thérapeutique définitif.

De même pour la jeune malade du Dr Queyrat, dont l'arthropathie a guéri par l'iodure d'une façon inespérée, après avoir résisté à tous les traitements mercuriels les plus énergiques et les mieux conduits.

De cette étude des arthropathies tertiaires, nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes :

1° La pseudo-tumeur blanche syphilitique est une forme rare, d'après les classiques, mais qui demande à être cherchée et que l'on doit souvent méconnaître ;

2° Il est très difficile de la différencier de la tumeur blanche tuberculeuse ;

3° Le traitement doit être intense et prolongé, l'iodure a une action des plus efficaces sur ces accidents.

Arthropathies hérédo-syphilitiques

La syphilis héréditaire peut déterminer, du côté des articulations, diverses lésions pouvant prendre l'allure chronique et les caractères des arthropathies que nous avons étudiés dans la syphilis tertiaire et qui se traduisent en clinique sous deux formes que nous allons successivement envisager :

1° L'ostéo-arthropathie avec épanchement réalisant la pseudo-tumeur blanche syphilitique ;

2° L'ostéo-arthropathie sèche caractérisée par les déformations osseuses.

1° Ostéo-arthropathie avec épanchement réalisant la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

Dans ce cas, le siège le plus habituel est le genou. L'épanchement est abondant, mais par la palpation on peut percevoir des bosselures isolées qui doublent la synoviale, ou une hyperostose intéressant une plus ou moins grande portion de la diaphyse.

Les classiques insistent sur l'indolence de l'affection qui aboutit à l'état de lésions tolérées, latentes, presque oubliées des malades. Tel est le cas cité par Edmond Fournier dans son ouvrage sur l'hérédosyphilis tardive d'une jeune malade de vingt-quatre ans, qui était atteinte d'une hydarthrose chronique qu'elle avait oubliée depuis plusieurs années car elle n'en souffrait en aucune façon ;

2° Quant à l'ostéo-arthropathie sèche, elle mérite d'être confondue avec la syphilis hyperostosante.

Il s'agit là, somme toute, d'une prolifération spécifique qui, au lieu d'intéresser une diaphyse, siège sur une extrémité osseuse et qui n'offre à part la déformation de la région, aucun caractère lui donnant une physionomie propre.

OBSERVATION XIV

(Gaucher)

Une femme de vingt-cinq ans, mariée, ayant un enfant de six ans bien portant, dont le mari paraît indemne de syphilis et qui elle-même ne présente aucun antécédent personnel, aucune trace de syphilis acquise, m'est amenée en mars à l'hôpital Saint-Antoine pour des lésions réputées tuberculeuses et considérées comme incurables.

Depuis dix-huit mois elle est atteinte d'arthropathie du genou droit qui est tuméfié et douloureux. La tuméfaction de l'articulation est considérable ; les condyles fémoraux sont très notablement augmentés de volume, les tissus péri-articulaires épaissis, et il y a un peu d'hydarthrose. Les mouvements sont très difficiles, mais il n'y a que peu de douleur à la pression, cette affection a été considérée comme une tumeur blanche.

En même temps la malade présente une infiltration gommeuse du sterno-mastoïdien gauche prise pour une masse de ganglions tuberculeux, et enfin nous trouvons une ostéite suppurée du tiers interne de la clavicule gauche évoluant de-

puis six mois et ayant déterminé une fracture ouverte de l'os. C'est l'infiltration du sterno-mastoïdien qui me fit faire le diagnostic, car cette lésion est spéciale à la syphilis héréditaire.

Dès lors il était facile de rapporter les autres lésions à leur véritable cause. La tumeur blanche du genou était une arthropathie syphilitique ; la lésion de la clavicule était une gomme suppurée.

Cette femme abandonnée par les chirurgiens fut soumise exclusivement au traitement mercuriel par des injections de benzoate de mercure, et en moins d'un mois et demi toutes les lésions étaient guéries. Le genou avait retrouvé son volume normal et ses mouvements normaux. La guérison s'est maintenue depuis 1889 : j'ai pu le constater il y a un mois (janvier 1906).

OBSERVATION XV

(Nicolas et Moutot)

Il s'agit d'une femme de dix-neuf ans : le début de l'affection une arthrite du genou gauche, remonte à l'âge de quatorze ans.

En février 1903, on lui fit une résection du genou. En octobre 1903 il se forme un abcès de la partie externe du genou, puis une vaste ulcération ovalaire ayant 10 centimètres sur 7. Le fond est rouge et granuleux, les bords sont taillés à pics et non décollés.

Il n'y a aucun signe d'hérédo-syphilis, toutefois on fait un traitement spécifique par des injections de biiodure de mercure et par l'iode de potassium.

L'ulcération régresse d'abord rapidement puis plus lentement, et enfin la guérison ne fut complète qu'au bout de six mois.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Syphilis héréditaire. — Syphilis du deuxième métacarpien de la main droite, intéressant l'articulation métacarpo-phalangienne et la première phalange. — Difficulté du diagnostic avec le spina ventosa.

Roger C..., vingt mois, est amené à la consultation de l'hôpital de Rothschild pour une tuméfaction siégeant sur la face dorsale de la main droite, et ayant débuté deux mois auparavant, c'est-à-dire le 15 janvier 1908.

Jusqu'à cette date l'enfant avait toujours été bien portant. Il a été nourri au biberon et a marché à treize mois. Ses premières dents ont percé à neuf mois. Le poids actuel de l'enfant est de 10 kg. 500.

Il a trois frères et sœurs plus âgés et bien portants.

Le père est bien portant également.

La mère n'a fait aucune maladie. On ne relève qu'une fausse couche dans ses antécédents. Ses quatre autres grossesses ont été menées à terme sans incidents.

1^{er} au 15 janvier. — L'enfant aurait été soigné pour une bronchite par un médecin de la ville.

Vers le 15 janvier on se serait aperçu que la main commençait à enfler. En même temps elle devenait douloureuse et on ne pouvait y toucher sans faire pousser à l'enfant des cris perçants. Ces cris se reproduisaient la nuit, tenant le

petit malade éveillé et empêchant l'entourage de dormir. La main malade a été soignée par des pansements humides, par la teinture d'iode, sans que des modifications importantes soient survenues.

Au contraire le mal a suivi une marche progressive, la tuméfaction a augmenté. L'enfant est fiévreux, il a maigri et mange moins. C'est dans cet état qu'il est amené à la consultation de l'hôpital.

15 mars 1908. — L'enfant est amaigri, les masses musculaires paraissent flasques. Néanmoins l'examen complet ne révèle aucune tare organique.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Le ventre est normal, le thorax et les jambes également, pas de symptômes de rachitisme.

L'examen des dents ne révèle rien de particulier.

La voûte palatine est ogivale, mais cette déformation est très accentuée.

Examen local. — On constate sur la face dorsale de la main un gonflement très régulier, siégeant depuis le milieu du deuxième métacarpien jusque sur son extrémité inférieure, occupant l'articulation métacarpo-phalangienne et descendant jusqu'au tiers inférieur de la première phalange de l'index. Le gonflement est lisse, brillant; la peau a à son niveau une teinte livide violacée, des veines bleuâtres sillonnent cette tuméfaction.

La consistance est partout égale. C'est une sensation de résistance élastique, comparable à ce qu'on éprouverait en appuyant sur une balle de caoutchouc. Par conséquent pas de fluctuation nette. On a l'impression qu'il s'agit là de fongosités. Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalan-

gienne sont douloureux et l'on perçoit de légers craquements. Ces mouvements sont d'ailleurs limités. L'exploration de la tuméfaction est peu douloureuse. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

Le traitement appliqué est la méthode de Bier, la bande de caoutchouc est appliquée depuis le coude jusqu'à l'articulation radio-carpienne tous les matins pendant cinq minutes jusqu'au 20 mars.

20 au 25 mars. — Les séances sont de dix minutes.

25 au 30 mars. — Les séances sont de quinze minutes.

30 mars au 4 avril. — Les séances sont de vingt minutes. L'hyperémie n'a amené aucune amélioration. On constate au contraire que la tuméfaction a augmenté. La fluctuation est nette. Une ponction pratiquée avec un gros trocart le 6 avril, donne à peu près une cuillerée à soupe d'un liquide jaunâtre, visqueux, filant, sans grumeaux.

8 avril. — Le liquide ne s'est pas reproduit. On constate alors que le métacarpien est épaissi. Il a une forme de fuseau et son diamètre est doublé.

13 avril. — La mère nous ramène le petit malade qui présente à 4 centimètres de la tête du péroné, reposant sur la masse musculaire externe de la jambe, une nouvelle tuméfaction, soulevant la peau qui a gardé sa coloration normale, peu mobile sur le plan profond, dure et indolente. L'apparition de cette grosseur nous conduit à penser que notre premier diagnostic pouvait être erroné.

Discussion. — Voici un enfant chez lequel rien dans les antécédents ne pouvait donner à penser qu'il fut hérédosyphilitique. Son père niait tout accident. De l'interrogatoire

de la mère il semble résulter qu'elle ait échappé à toute manifestation secondaire.

L'examen de l'enfant se révèle soit du côté des viscères, soit du côté des dents, des oreilles ou du nez, aucun stigmate de syphilis.

Par contre cette bronchite précédant la lésion osseuse, l'amaigrissement progressif était bien plus en faveur de la tuberculose.

Au point de vue local, la douleur est plutôt le fait d'une manifestation tuberculeuse.

Quant aux signes physiques observés, ils différaient de ceux qu'on observe dans la bacilliose par quelques points particuliers.

Absence de fluctuation franche.

Coloration de la peau qui paraissait livide, exsangue, alors que dans la tuberculose elle s'infiltrait au moment de se perforer.

Le siège de la tuméfaction est un peu anormal également, c'est bien plutôt les phalanges et les articulations interphalangiennes qui sont en cause dans la tuberculose qu'un métacarpien. Dans notre cas, pas de prédilection épiphysaire, mais plutôt envahissement en masse du métacarpien.

Ce sont ces raisons, l'apparition de la tuméfaction de la jambe et le peu de résultat donné par la méthode de Bier qui nous décident à essayer un traitement antisiphilitique énergique. Nous inspirant des récentes observations montrant combien l'enfant en bas âge supporte bien les doses mêmes considérables de mercure, nous injectons à la date du 15 avril et tous les trois jours régulièrement 1 centigramme de biiodure de mercure dans la masse musculaire

de la fesse. Le résultat est remarquable dès la sixième piqûre, la tuméfaction de la jambe a complètement disparu (3 mai). La lésion de la main a diminué de moitié. A la quarante-huitième piqûre, interruption d'un mois. Le 10 juin la tuméfaction a presque complètement disparu. L'enfant ne crie plus, les mouvements de l'articulation sont libres.

CONCLUSIONS

1° La syphilis articulaire est loin d'être une manifestation rare de cette affection ; mais elle demande à être cherchée à toutes les périodes de la maladie ;

2° Le diagnostic facile quand il y a coexistence d'autres accidents, devient d'une difficulté très grande, quand il y a absence d'antécédents, absence d'accidents concomitants ou quand les malades ont présenté autrefois des manifestations tuberculeuses ou rhumatismales ;

3° En présence d'une affection douloureuse, il ne faut pas se hâter d'écarter le diagnostic de syphilis.

De même en présence du succès relatif des antipyrétiques et des antinévralgiques, il ne faut pas repousser la possibilité de cette affection ;

4° Ce n'est que le traitement, et le traitement longtemps prolongé, en variant au besoin les sels employés, en recourant à l'iodure si les résultats donnés par le mercure ne sont pas encourageants, que l'on peut arriver à un diagnostic définitif en ce qui concerne la syphilis articulaire tertiaire ou héréditaire ;

5° C'est également le traitement qui donnera la clef du diagnostic pour les arthropathies secondaires, avec cette différence que dans ce cas les résultats sont d'une rapidité surprenante.

Vu : le président de la thèse,

ROBIN

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Astruc.* — De morbis veneris. Libri novem., 1777.
- Beroald.* — Aphrodisiacus sine de lue venerea, 1599.
- Bertin.* — A propos d'un cas d'arthropathie syphilitique tertiaire. Echo méd. du Nord, 4 février 1906.
- Boch.* — Quelques observations d'hydropisie des gaines tendineuses pendant la syphilis secondaire. Thèse de Paris, 1872.
- Bouilly.* — Thèse d'agrégation, 1878.
- Bourcy.* — Pseudo-rhumatisme infectieux. Thèse de Paris, 1883.
- Etcherbakow.* — Contribution à l'étude de la spondylite syphilitique gommeuse. Prak. Vrach., 1918-1906.
- Cornil.* — Leçons sur la syphilis, 1879.
- Cottin.* — Arthrite syphilitique tertiaire. Guérison par l'iode de potassium. France médicale, juillet 1879.
- Danjou.* — Les ostéo-arthropathies déformantes de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1887.
- Dauzuts.* — Etude sur l'arthrite syphilitique. Thèse de Paris, 1875.
- Debonnesset.* — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis articulaire et de la tuberculose. Thèse de Paris, 1906.

Défontaine. — De la syphilis articulaire. Thèse de Paris, 1882.

Dominici. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. Policlinico Chirurg., novembre 1906.

Duplay. — Hydarthrose chronique syphilitique. Bull. médical, octobre 1893.

Finger. — Syphilis et maladies vénériennes, 1876.

Fournier (Ed). — Recherche et diagnostic de l'héredo-syphilis tardive, 1907.

Fournier. — Leçons cliniques, 1873. Syphilis de l'appareil locomoteur du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire. Gaz. des Hôpitaux, 3 mars 1887. Tribune médicale, 13 mars 1887. Syphilis héréditaire, 1886.

— Arthropathies tertiaires. La Syphilis, nov. 1903.

Fournier et Groujon. — Synovites et arthrites syphilitiques. Ann. de Derm. et Syph., avril 1902.

Fouquet. — Précis des arthropathies syphilitiques. Thèse de Paris, 1905.

Gaillard. — Le pseudo-rhumatisme syphilitique. Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 16 janvier 1908.

Gallois (P.). — Héredo-syphilis et scrofule. Bull. méd., Paris, 1905, p. 315.

Gangolphe. — De l'ostéo-arthrite syphilitique. Ann. de Derm. et Syph., 1885, nos 8 et 9.

— Maladies infectieuses et parasitaires des os 1894.,

Gaucher. — Les ostéites suppurées et les ostéo-arthrites de l'héredo-syphilis tertiaire. Ann. des maladies vén., 1906, n° 1.

Gaucher et Goyon. — Syphilis méconnue. Lésions osseuses

- datant de deux ans. Ann. de D. et S., 1901, p. 359.
- Gelma.* — Etude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Th. de Paris, 1891.
- Griffon et Abrami.* — Cystologie de l'hydarthrose syphilitique. Bull. de la Soc. anat. de Paris, oct. 1906, p. 594.
- Griffon et Deherain.* — Pseudo-rhumatisme syphilitique. Bull. de la Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 25 janv. 1906, p. 29.
- Guido Marino.* — Contribution clinique à l'étude des arthropathies syphilitiques. Il policlinico sect. Chir. janv. 1907.
- Haushalter.* — Rhumatisme chronique déformant de nature peut-être hérédo-syphilitique chez un enfant de vingt-huit mois. Soc. de Méd. de Nancy, 14 fév. 1906.
- Hutchinson.* — Arthrite syphilitique du genou. London. Path. Soc., 16 oct. 1888.
- Huchard.* — Para-syphilis et para-rhumatisme. J. des Prat., n° 28, 1894.
- Hunter.* — Traité des maladies vénériennes. Trad. Audibert, 1787.
- Ingold.* — Manifestations rhumatoïdes dans la syphilis secondaire. Th. de Paris, 1875-
- Jullien.* — Traité des maladies vénériennes, 2^e édit., 1885.
- Kirmisson.* — Clinique de l'appareil locomoteur. Bull. méd., 24 mai 1899.
- Kirmisson et Jacobson.* — Les arthrites de l'hérédo-syphilis. Revue d'Orthopédie, 1877, n° 366.
- Précis de Chirurgie infantile, p. 616-625,

Lagrange. — Article syphilis articulaire du *Traité de Chirurgie*. Duplay-Reclus.

Lancereaux. — Mém. à la Soc. de Chirurgie, sept. 1863.

— *Traité de la syphilis*, 1^{re} édit., 1868.

— Des arthropathies syphilitiques. *Union méd.*, 1873, p. 153.

Lannelongue. — Diagnostic des arthropathies syphilitiques. *Bull. méd.*, 20 mars 1887 et *Trib. méd.*, septembre 1887.

Marfan. — Suppurations articulaires et extra-articulaires dans la pseudo-paralysie des nouveau-nés syphilitiques. *Revue mens. des Mal. de l'enfance*, mai 1906.

— Arthropathies suppurées dans la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. *Bull. Soc. Pédiâtrie*, 20 mars 1906, p. 278.

Martyr. (P.) — *Opus epistolac.* Amstelodami, 1670.

Maucclair. — Article syphilis artic. In *Traité Le Dentu-Delbet*.

Mauriac. — Affections syphilitiques précoces, 1872. Syphilis tertiaire, 1890.

Méry et Terrien. — Arthrite syphilitique à forme douloureuse chez un enfant de quatre ans. *La Pédiâtrie clin.*, juillet 1904.

Méricamp. — Arthropathies syphilitiques. Thèse de Paris, 1882.

Moutet. — Nouveau cas de vaste ulcération gommeuse hérédo-syphilitique du genou, *Lyon médical*, 22 juillet 1906, p. 140.

- Pekle.* — Arthropathies syphilitiques précoces, Thèse de Paris, 1894.
- Plateau.* — Sur les épanchements articulaires dans la syphilis. Thèse de Paris, 1884.
- Queyrat.* — Bull. Soc. méd. Hôp., Paris, juillet 1907.
- Richet.* — Mémoires sur les tumeurs blanches. Mém. de l'Ac. de Médecine, t. XVII, 1853.
- Scherle et Sicard.* — Arthropathies tertiaires. Bulletin médical de l'Algérie, XVII, p. 41-45.
- Sergent.* — Pseudo-tumeur blanche syphilitique du coude gauche chez un tuberculeux. Soc. méd. des hôp., mars 1905.
- Swediaur.* — Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des mal. syphilitiques, 6^e éd., 1809.
- Toussaint.* — Thèse de Paris, 1881.
- Variot.* — Ostéo-arthrite syphilitique. Journal méd. Int., 1905.
- Vaffier.* — Rhumatisme syphilitique. Thèse de Paris, 1875.
- Vivier.* — Note sur un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique. Arch. de mal. vénériennes, décembre 1907.
- Voisin.* — Contributions à l'étude des arthropathies syphilitiques. Thèse de Paris, 1875.
- Weil (A.).* — Annales des mal. vénériennes, avril 1908.

